



**CONSUMO ALIMENTAR FORA DE CASA, SEUS
FATORES DETERMINANTES E ASSOCIAÇÃO AO
PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNIC**

EATING OUT OF HOME, DETERMINANTS AND ASSOCIATION
WITH MEDITERRANEAN FOOD PATTERN

ANA SOFIA LOPES LINHARES

Orientação: Prof. Doutora Sara Rodrigues

Trabalho de Investigação

1º Ciclo em Ciências da Nutrição

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Porto, 2012

*“A sabedoria consiste em compreender que
o tempo dedicado ao trabalho nunca é perdido.”*

Ralph Emerson

DEDICATÓRIA

À minha Mãe, por tudo...

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sara Rodrigues, minha orientadora, pela excelente orientação, apoio, disponibilidade e simpatia.

Ao Professor Doutor Rui Poinhos, pela disponibilidade e ajuda no tratamento dos dados estatísticos.

A todas as pessoas que gentilmente participaram neste estudo e o fizeram uma realidade.

RESUMO

Introdução: O consumo alimentar fora de casa (CAFC) é hoje considerado determinante na ingestão alimentar global e é associado a hábitos alimentares pouco saudáveis.

Objetivos: Avaliar a frequência de CAFC, seus fatores determinantes e a sua associação com o Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM).

Metodologia: Neste estudo participaram 232 indivíduos presentes no IX Congresso da Associação Portuguesa de Nutricionistas, em maio de 2010. Foi aplicado um questionário de auto-preenchimento, dividido em três partes: adesão ao PAM (questionário Kidmed), CAFC (questionário HECTOR) e informações antropométricas e sociodemográficas.

Resultados: A amostra era composta por 205 mulheres e 27 homens, com uma média de idades de 27,6 anos ($dp=7,9$) e, maioritariamente, profissionais (43,1%) e estudantes (40,1%) da área das Ciências da Nutrição. 78,9% apresentaram peso normal, mas 17,7% excesso de peso/obesidade e 3,4% baixo peso. A frequência média total de CAFC foi de 8,7 refeições/semana ($dp=7,3$). A maioria dos inquiridos (63,4%) apresentou uma ótima adesão ao PAM. Foram encontradas associações negativas muito fracas, mas estatisticamente significativas, entre o CAFC e a idade ($r=-0,202$; $p=0,005$), o grau de escolaridade ($r=-0,171$; $p=0,017$) e a adesão ao PAM ($r=-0,185$; $p=0,009$).

Conclusão: Em média cada indivíduo fazia cerca de 9 refeições fora de casa por semana. Face às associações encontradas entre o CAFC e a idade, o grau de escolaridade e o PAM, julga-se haver necessidade de uma intervenção dirigida, essencialmente à população mais jovem, ao nível das opções oferecidas e das escolhas alimentares realizadas fora de casa.

Palavras-chave: Padrão Alimentar Mediterrânico, Consumo Alimentar Fora de Casa, Adultos.

ABSTRACT

Introduction: Often linked to unhealthy habits, eating out of home (EOH) has been generalized and is now considered crucial in the overall food intake

Objectives: To evaluate the frequency of EOH, its determinants and its association with the Mediterranean Food Pattern (MFP).

Methodology: This study involved 232 individuals attending the 9th Congress of the Portuguese of Nutritionists Association in May 2010. We applied a self-administration questionnaire, divided into three parts: adherence to MFP (Kidmed questionnaire), EOH (HECTOR questionnaire), anthropometric and sociodemographic information.

Results: The sample comprised 205 women and 27 men with a mean age of 27.6 years (SD=7.9). They were mostly professionals (43.1%) and students (40.1%) from the Nutritional Sciences area. 78.9% had normal weight, but 17.7% were overweight/obese and 3.4% underweight. The average frequency of EOH was 8.7 meals/week (SD=7.3). Most respondents (63.4%) had a very good adherence to MFP. Negative weak associations, but statistically significant, between the EOH and age ($r=-0.202$; $p=0.005$), educational level ($r=0.171$; $p=0.017$) and adherence to MFP ($r=-0.185$; $p=0.009$) were found.

Conclusion: On average 9 meals per week were performed away from home. The negative associations found between EOH, age, education and MFP, suggest the need for an intervention directed mainly to the younger population and that would cover both the demand and offer of out of home healthy food choices.

Keywords: Mediterranean Food Pattern, Eating out of home, Adults.

ÍNDICE

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Lista de Abreviaturas.....	vi
Lista de Tabelas	vi
Introdução	1
Objetivos	5
Metodologia.....	5
Resultados	8
Discussão e Conclusões	11
Referências Bibliográficas	16
Anexos	21

LISTA DE ABREVIATURAS

AM – Alimentação Mediterrânica

CAFC – Consumo Alimentar Fora de Casa

CAPN – Congresso da Associação Portuguesa de Nutricionistas

dp – Desvio-padrão

EPIC – *European Prospective Investigation Study into Cancer Nutrition*

HECTOR – *Eating Out: Habits, Determinants and Recommendations for Consumers and the European Catering Sector*

IMC – Índice de Massa Corporal

Máx. – Máximo

Min. – Mínimo

N – Número de indivíduos

PAM – Padrão Alimentar Mediterrânico

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequências de consumo alimentar fora de casa para refeições e snacks 9

INTRODUÇÃO

Uma alimentação saudável e equilibrada é um fator determinante para a saúde em todo o ciclo de vida. Está demonstrado que hábitos alimentares adquiridos na infância/adolescência perduram no tempo, mantendo-se durante a vida adulta e contribuindo para a determinação do estado de saúde do indivíduo.⁽¹⁾

Atualmente, tem-se generalizado o consumo alimentar fora de casa (CAFC), para o qual os estilos de vida modernos e a escassez de tempo têm contribuído e, cuja frequência apresenta tendência para aumentar.^(2, 3) Siwik *et al.* acrescentam os desejos por determinado alimento como uma das razões que se relacionam diretamente com os hábitos alimentares fora de casa.⁽⁴⁾ O CAFC é hoje considerado determinante na ingestão alimentar global e é frequentemente associado a hábitos alimentares menos saudáveis e a desequilíbrios nutricionais. Vários estudos indicam que as refeições realizadas fora de casa são menos equilibradas, incluem grandes porções de alimentos, são mais energéticas, possuem elevados níveis de gordura total e gordura saturada e contêm baixos níveis de fibras, cálcio e ferro.⁽⁵⁻¹³⁾ Neste contexto, o aumento do CAFC é potencialmente preocupante, sendo que vários estudos afirmam que este consumo contribui para a ingestão de elevadas quantidades de energia e se relaciona com o excesso de peso e a obesidade.^(4, 5, 7, 14-18)

Segundo dados dos Inquéritos às Despesas das Famílias 2010/2011, a despesa anual média dos agregados familiares referente a produtos alimentares e bebidas não alcoólicas corresponde a 13% do total e, em relação aos hotéis, restaurantes, cafés e similares corresponde a 10,3%, tendo-se verificado um aumento ao longo dos últimos anos.⁽¹⁹⁾

Em Portugal, dados recolhidos a partir de diários alimentares de 7 dias, em adultos da região do Porto, revelam que os alimentos cujo CAFC é maior do que no domicílio são: produtos açucarados, salgados e cárneos, gelados, sumos, bebidas alcoólicas, açúcar, doces e chocolates.⁽²⁰⁾ Quanto à frequência de consumo, o número médio de refeições consumidas fora de casa aumentou de 5,0 para 7,6 vezes por mês, entre 1990 e 2000. As refeições realizadas em hotéis, restaurantes, cafés, bares e similares aumentaram de 4,0 (dp=8,7) para 5,8 (dp=11,4) vezes por mês *per capita* e de 1,0 (dp=3,4) para 1,8 (dp=4,9) vezes por mês *per capita* as refeições em cantinas e refeitórios.⁽²¹⁾

Nos Estados Unidos da América, tanto adultos como crianças referem realizar com maior frequência as refeições fora de casa em restaurantes de *fast-food*.⁽²²⁾ Os alimentos escolhidos são essencialmente de elevada densidade energética, ricos em gordura e sódio, tendo sido encontrada uma associação entre a maior frequência de CAFC e o baixo consumo de leite, frutas, hortícolas, fibras e algumas vitaminas.⁽¹⁵⁾ No Brasil, os refrigerantes e as frutas são os alimentos, mais e menos consumidos fora de casa, respetivamente. Neste estudo de Bezerra *et al.*, os resultados apontam para a prática de uma dieta que favorece o desenvolvimento da obesidade e que estas dimensões deverão ser consideradas na criação de estratégias de promoção de uma alimentação saudável.⁽²³⁾ Na Irlanda, os alimentos mais consumidos fora de casa são as batatas fritas convencionais e as de pacote, produtos cárneos, salgados e doces.⁽²⁴⁾

O projeto *European Prospective Investigation Study into Cancer Nutrition* (EPIC), realizado em 10 países europeus, concluiu que o CAFC é mais comum na população jovem e abrange vários grupos de alimentos, sendo o café, chá, água e doces os mais frequentemente ingeridos.⁽⁶⁾ Num outro estudo, que utiliza a

mesma amostra, concluiu-se que o contributo energético deste consumo é superior nos países nórdicos, quando comparados com os do sul da Europa, sugerindo como hipótese explicativa, o facto dos europeus nórdicos realizarem mais refeições fora de casa. Também foi possível concluir que o CAFC contribui mais para a ingestão total de gordura do que de proteínas ou de hidratos de carbono, em mulheres na maioria dos países, e menor contributo para o total de fibras do que para o total de hidratos de carbono, em ambos os sexos.⁽²⁵⁾

O projeto *Seguimento Universidad de Navarra*, um estudo prospetivo numa população de adultos espanhóis, relacionou o CAFC e o risco de ganho de peso de uma população mediterrânica, concluindo-se que a elevada frequência de CAFC está associada ao risco de excesso de peso/obesidade.⁽¹⁸⁾

A Alimentação Mediterrânica (AM) foi descrita nos anos 50-60, pelo Professor Ancel Keys, referindo-se aos padrões alimentares encontrados na região do Mediterrâneo. O interesse de Keys pela AM surge quando vai à Grécia e Itália estudar o porquê de uma maior longevidade e uma menor incidência de mortalidade e morbilidade por doenças cardiovasculares e cancro, comparativamente com a população dos Estados Unidos da América e dos países do norte da Europa.^(26, 27) Portugal, apesar de não ser banhado pelo Mar Mediterrânico, apresentava aspetos que, de uma forma geral, assentavam numa forte base mediterrânica, nomeadamente, o clima, a vegetação, a simplicidade nos modos de vida e na economia (rotineira e relativamente pobre).⁽²⁸⁾

A AM caracteriza-se por uma elevada ingestão de frutas e hortícolas em natureza, cereais inteiros, leguminosas, baixa ingestão de laticínios, carne e derivados, consumo moderado de bebidas alcoólicas, bem como uma elevada razão entre gorduras monoinsaturadas (predominantemente azeite) e

saturadas.^(29, 30) As mensagens transmitidas na pirâmide alimentar da AM não representam apenas os hábitos alimentares, mas também os estilos de vida associados à cultura mediterrânica, como a atividade física e o ambiente agradável durante as refeições compartilhadas num contexto social.⁽³¹⁾

A adesão ao padrão alimentar mediterrânico (PAM) pode diminuir a incidência de doença de Parkinson e Alzheimer, diabetes mellitus tipo 2⁽³²⁾ e hipertensão arterial.⁽³³⁾ Há evidências que sugerem que a AM pode ser anti-inflamatória, podendo ajudar a combater doenças relacionadas com a inflamação crónica, incluindo a síndrome metabólica.⁽³⁴⁾ Este padrão alimentar também se mostra eficaz na redução do risco do enfarte do miocárdio⁽³⁵⁾ e da gravidade da asma em adultos.⁽³⁶⁾ Estes resultados parecem ser clinicamente relevantes em termos de saúde pública, particularmente por reduzir o risco de morte prematura na população em geral.⁽³³⁾ No entanto, ao longo dos tempos, as características da alimentação têm sofrido alterações evidentes.^(37, 38)

As sociedades mediterrânicas afastaram-se, progressivamente, da dieta tradicional e adotaram hábitos da dieta dita “ocidental”, que se traduzem pela baixa ingestão de hortofrutícolas e fibras e pelo aumento marcado da ingestão de *snacks* de elevado valor energético e baixo valor nutritivo, alimentos e bebidas açucaradas, refeições com alto teor de gordura e proteínas.⁽¹⁾ As mudanças sociais parecem ter contribuído para a reversão nos hábitos alimentares em sociedades europeias do Mediterrâneo.⁽³⁹⁾ Entre as possíveis causas, estão os preços crescentes de alguns dos principais itens alimentares da AM que parecem ter levado as pessoas a abandonar este padrão alimentar em favor de produtos menos caros que permitem poupar dinheiro, mas não são, definitivamente, tão saudáveis nem promotores de saúde. Muitos estudos sugerem que a qualidade

da alimentação segue um gradiente socioeconómico, destacando o exemplo das pessoas mais desfavorecidas que apresentam índices mais elevados de obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e alguns tipos de cancro.⁽³⁹⁾

Assim, tendo em conta a evolução das sociedades e o reconhecimento crescente da importância de uma alimentação adequada para o desenvolvimento equilibrado das populações, reveste-se da maior importância a caracterização do CAFC e a avaliação da sua relação com a adesão a padrões alimentares para contribuir para a tomada de opções estratégicas conducentes com as necessidades e os desafios atuais no que concerne à promoção da saúde.

OBJETIVOS

O presente estudo pretendeu avaliar: 1) o CAFC e os seus fatores determinantes; 2) a adesão ao PAM; 3) a associação entre o CAFC e o PAM.

METODOLOGIA

Participantes: Neste estudo transversal descritivo, participaram 232 indivíduos, presentes no IX Congresso da Associação Portuguesa de Nutricionistas, realizado em Lisboa nos dias 20 e 21 de maio de 2010. Foram distribuídos 1000 questionários, mas apenas 277 foram preenchidos e devolvidos. Destes, 45 foram excluídos, devido ao seu incorreto preenchimento, sendo a taxa final de respostas de apenas 23,2%.

Recolha de Informação: A informação foi recolhida com recurso a um questionário anónimo, de auto-preenchimento. Com a finalidade de verificar a adequação do questionário aos objetivos do estudo e as dificuldades nas respostas às questões incluídas, a sua aplicação foi precedida da aplicação de um questionário piloto a indivíduos com características idênticas às do grupo alvo, tendo sido realizadas algumas alterações ao questionário inicial.

O questionário (Anexo 1) era constituído, essencialmente, por questões de resposta fechada, apresentando-se dividido em três partes, a primeira acerca da avaliação da adesão ao PAM (questionário Kidmed), a segunda consistia em avaliar os hábitos alimentares fora de casa (adaptada do questionário HECTOR) e a terceira na caracterização dos dados antropométricos (peso e altura auto-reportados) e sociodemográficos (idade, sexo, peso, altura, grau de escolaridade, ocupação e com quem habita).

O questionário Kidmed consiste em 16 questões de resposta dicotómica (verdadeiro ou falso) e foi desenvolvido com base nos princípios que suportam o PAM e aqueles que o deterioram. Os resultados finais podem variar entre 0 e 12 pontos, sendo que as respostas que correspondem aos princípios da AM implicam a soma de 1 ponto e, caso contrário, implicam a sua subtração. O somatório final é categorizado em três padrões de adesão ao PAM: baixo (≤ 3), médio (4-7) e elevado (≥ 8).⁽⁴⁰⁾

O questionário HECTOR foi desenvolvido no âmbito do projeto europeu com o mesmo nome e pretende recolher dados sobre os hábitos e atitudes relativos ao CAFC como componente da alimentação diária. Considerou-se CAFC todos os alimentos/bebidas ingeridos, cuja preparação/confeção tenha sido realizada fora do domicílio.^(20, 41) A escala de resposta é variável entre “Todos ou quase todos os dias” e “Nunca como fora”, segundo a qual é aferida a frequência habitual de CAFC de refeições e bebidas. São questionadas quais as últimas refeições realizadas fora de casa no mês anterior ao preenchimento, bem como os locais e as razões para tal. Em relação ao ano anterior, é perguntado se aumentou, diminuiu ou manteve a frequência de CAFC e as razões para tal.⁽⁴¹⁾

Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC): O IMC foi obtido segundo a fórmula de Quetelet: $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$, em kg/m^2 .⁽⁴²⁾ As categorias de IMC foram obtidas utilizando os critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde.⁽⁴³⁾

Frequência Total do Consumo Alimentar Fora de Casa: Na questão 1a do questionário era pedido para assinalar a frequência com que se consumia cada refeição fora de casa. Na análise de dados, foi calculada uma estimativa da frequência de cada refeição realizada fora de casa e do total de refeições fora de casa. Para tal, foi atribuído a cada categoria de frequência um valor médio, isto é, uma estimativa das vezes em que a refeição ocorre fora de casa por semana. Assim, a cada refeição realizada fora de casa com a frequência de “todos ou quase todos os dias” foi atribuído o valor 6, “algumas (2-4) vezes por semana” recebeu o valor de 3, “uma vez por semana” recebeu o valor de 1, “poucas (2-3) vezes por mês” recebeu o valor de 0,5, “uma vez por mês ou menos” recebeu o valor de 0,25 e “nunca como fora” recebeu o valor de 0. A pontuação total pode assim variar entre 0 (se não realiza nenhuma refeição fora de casa) e 42 vezes (se realiza todas as refeições fora de casa) por semana.

Análise Estatística: A análise estatística dos dados foi realizada recorrendo ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0 para Windows. As variáveis cardinais foram expressas através da média, desvio-padrão, mínimos e máximos. Para as variáveis ordinais e nominais efetuou-se o cálculo das frequências. Foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov para a determinação da normalidade da distribuição das diferentes variáveis. Para uma variável ordinal ou cardinal com distribuição não normal foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* para comparação de ordens médias de amostras independentes. O grau de associação entre pares de variáveis foi medido pelo coeficiente de correlação de

Spearman. Rejeitou-se a hipótese nula quando o nível de significância crítico para a sua rejeição (p) foi inferior a 0,05.

RESULTADOS

Dados Sociodemográficos e Antropométricos

A amostra era constituída por 232 indivíduos, sendo 205 (88,4%) do sexo feminino e 27 (11,6%) do sexo masculino. A média de idades foi de 27,6 anos ($dp=7,9$), variando entre os 19 e os 55 anos.

No que diz respeito ao grau de escolaridade, a maior percentagem de indivíduos (46,1%) completou o Bacharelato/Licenciatura, 44% o 10^o-12^o ano de escolaridade, 9,5% o Mestrado/Doutoramento e apenas uma pessoa (0,4%) o 5^o-9^o ano de escolaridade. Assim, no que se refere à ocupação, verificou-se que a amostra era, maioritariamente, de profissionais (43,1%) e estudantes (40,1%) da área das Ciências da Nutrição. Os profissionais e estudantes de outras áreas, respetivamente, 6,5% e 5,2% eram, principalmente, das áreas de ensino, economia e marketing. Os restantes participantes (5,1%) referiram estar desempregados ou ter mais que uma ocupação em diversas áreas.

Em relação à questão com quem habita, 70,7% referiram viver com a família, 15,5% com amigos, 11,2% sozinhos, 1,7% com família e amigos e 0,9% sozinhos e com a família. Estes últimos casos, referiram-se a estudantes que à semana vivem sozinhos ou com amigos e ao fim de semana vão para a casa da família.

A média de IMC foi de 22,7 kg/m² ($dp=4,2$), variando entre os 17,0 kg/m² e os 57,9 kg/m² (dados de peso e altura constam da Tabela 1 do Anexo 2). 78,9% dos indivíduos apresentaram peso normal, 13,8% excesso de peso, 2,2% obesidade grau I, 1,3% obesidade grau II, 0,4% obesidade grau III e 3,4% baixo peso.

Hábitos Alimentares Fora de Casa

A tabela 1 apresenta os resultados referentes às frequências do CAFC para refeições e *snacks*.

Tabela 1 – Frequências de consumo alimentar fora de casa para refeições e *snacks*.

Frequências Refeições	Todos ou quase todos os dias	Algumas vezes (2-4) por semana	Uma vez por semana	Poucas vezes (2-3) por mês	Uma vez por mês ou menos	Nunca como fora
Pequeno-almoço	5,7% N=13	7,0% N=16	8,7% N=20	10,4% N=24	20,9% N=48	47,4% N=109
Almoço	26,3% N=61	32,3% N=75	12,1% N=28	15,9% N=37	10,8% N=25	2,6% N=6
Jantar	3,9% N=9	15,2% N=35	20,9% N=48	27,4% N=63	24,8% N=57	7,8% N=18
Lanche manhã	20,2% N=44	20,6% N=45	8,3% N=18	11,9% N=26	16,5% N=36	22,5% N=49
Lanche tarde	18,1% N=41	22,9% N=52	14,1% N=32	13,2% N=30	17,2% N=39	14,5% N=33
Ceia	2,0% N=4	4,4% N=9	2,0% N=4	3,9% N=8	8,8% N=18	79,0% N=162
Outras refeições	5,8% N=4	8,7% N=6	4,3% N=3	7,2% N=5	21,7% N=15	52,2% N=36

Para o almoço e o lanche da tarde, a frequência de consumo que obteve maior número de respostas foi de “Algumas vezes (2-4) por semana” e para o jantar de “Poucas vezes (2-3) por mês”. Para as restantes refeições, a maior percentagem referiu “Nunca comer fora”. A frequência média total de CAFC foi de 8,7 refeições por semana (dp=7,3), variando entre 0 e 36.

No que respeita às frequências do CAFC para bebidas, constatou-se que para a água e bebidas quentes, a maioria dos inquiridos referiu consumi-los “Todos ou quase todos os dias” fora de casa. No caso de outras bebidas não alcoólicas, a frequência de consumo que obteve maior número de respostas foi “Nunca comer fora”. Para as restantes bebidas, a maior percentagem apresentou uma frequência de “Uma vez por mês ou menos”. A tabela com os resultados mais pormenorizados encontra-se no Anexo 2 na Tabela 2.

Em relação ao pequeno-almoço, 45,7% referiram tê-lo feito fora de casa no último mês. Destes, 74,5% referiram fazê-lo, principalmente, em dias de semana,

sendo a café/bar o principal local onde foi adquirido. O principal motivo que levou a este consumo foi “Refeição feita em viagem/Fora de casa” (Anexo 2).

No que diz respeito ao almoço, 94% dos inquiridos referiram tê-lo realizado fora de casa no último mês, sendo que 89,9% o fez em dias de semana. O local de aquisição que obteve maior número de respostas foi restaurantes/hotéis, sendo que a principal razão apontada foi o facto de “Fazer parte do trabalho/horário escolar/rotina” (Anexo 2).

No que se refere ao jantar, 78,4% dos inquiridos referiram tê-lo feito fora de casa no último mês. Também os dias de semana obtiveram maior percentagem com 55,5% de respostas, sendo maioritariamente realizado em restaurantes/hotéis. O principal motivo apontado para este consumo foi “Por razões sociais/encontro com amigos/familiares” (Anexo 2).

Em relação a outras refeições, 42,7% referiram tê-lo feito fora de casa no último mês. Destes, 68,7% referiram fazê-lo em dias de semana, maioritariamente em cafés/bares e por “Fazer parte do trabalho/horário escolar/rotina” (Anexo 2).

Em comparação com o ano anterior, 45,3% dos indivíduos referiram comer fora de casa com a mesma frequência; 30,6% disseram comer menos vezes fora de casa e 22,8% comer mais vezes fora de casa. Apenas 1,3% referiram não saber. A principal razão apontada para haver um menor ou maior CAFC foi o facto de “Ser mais conveniente/menos tempo disponível/mais tempo passado a trabalhar” (Anexo 2).

Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico

Em relação à avaliação da adesão ao PAM, a soma da pontuação atribuída a todos os fatores considerados obteve uma média de 8,8 (dp=2,1), variando entre 2 e 12. Assim, 63,4% dos inquiridos apresentaram uma ótima adesão ao PAM e

34,9% obtiveram uma adesão média. No entanto, 1,7% apresentaram uma baixa adesão ao PAM.

Associação do CAFC com as restantes variáveis

Não foram encontradas associações entre CAFC e sexo ($U=1512,5$; $p=0,109$), nem com o IMC ($r=0,011$; $p=0,877$). Foram encontradas associações negativas muito fracas, mas estatisticamente significativas, entre o CAFC e a idade ($r=-0,202$; $p=0,005$), o grau de escolaridade ($r=-0,171$; $p=0,017$) e a adesão ao PAM ($r=-0,185$; $p=0,009$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

As conclusões deste estudo deverão ser interpretadas tendo em consideração a população estudada, restrita aos participantes do IX CAPN, profissionais ou estudantes do ensino superior, maioritariamente da área das Ciências da Nutrição. Assim, é necessário ressaltar que estas conclusões não deverão ser extrapoladas para a população adulta portuguesa em geral.

A população estudada ($N=232$) tinha uma média de idades de 27,6 anos ($dp=7,9$), havendo uma prevalência do sexo feminino (88,4%). Verificou-se que a amostra era, maioritariamente, de profissionais (43,1%) e estudantes (40,1%) da área das Ciências da Nutrição. Em média, os indivíduos apresentaram um IMC de $22,7 \text{ kg/m}^2$ ($dp=4,2$), sendo que 78,9% tinham um peso normal, 17,7% excesso de peso/obesidade e 3,4% baixo peso. Em Portugal, a prevalência de obesidade aumentou em 3,2% entre 1999 (12,0%) e 2005 (15,2%). Em 2005, a proporção de adultos com excesso de peso era de 35,7% e com peso normal de 45,6%.⁽⁴⁴⁾ O IMC fornece uma ferramenta útil para classificar baixo peso, excesso de peso e obesidade em adultos, sendo aplicado em ambos os sexos. Um IMC elevado é

um fator de risco para doenças não transmissíveis, tais como, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, lesões músculo-esqueléticas e alguns tipos de cancro.⁽⁴⁵⁾

No âmbito das etapas de vida, deve-se realçar a importância da fase adulta, sendo o período durante o qual a maioria das doenças crónicas são expressas, sendo também a fase crítica para a prevenção de fatores de risco e para a definição de tratamentos eficazes. Nesta fase da vida, deve-se ter em conta o impacto de fatores ambientais e do stresse social e individual, que estão envolvidos no desenvolvimento de doenças crónicas.⁽⁴⁶⁾

No que concerne à caracterização do CAFC, verificou-se que a sua frequência média total foi de 8,7 refeições por semana. Em Portugal, segundo dados do ano 2000, a população portuguesa realizou 7,6 vezes por mês refeições fora de casa.⁽²¹⁾ Segundo os dados obtidos neste estudo, e após a extrapolação para a frequência mensal, os indivíduos têm uma frequência de CAFC de 37,3 refeições por mês, cerca de cinco vezes mais que a população portuguesa em 2000, no entanto, estes dados apenas consideraram o local de consumo e não o local de preparação (por exemplo, a encomenda de uma refeição com entrega e consumo no domicílio não é considerada alimentação fora de casa), o que poderá explicar a discrepância dos valores. Em comparação com o ano anterior, a maioria dos indivíduos referiu ter a mesma frequência de consumo, sendo que a principal razão para haver um menor ou maior CAFC foi “Ser mais conveniente/menos tempo disponível/mais tempo passado a trabalhar”.

O CAFC mostrou-se estatisticamente relacionado com o grau de escolaridade e com a idade, em que quanto maior for, menor é a frequência de CAFC. O projeto EPIC também concluiu que o CAFC é mais comum na população jovem.⁽⁶⁾

Uma possível explicação para este resultado baseia-se no facto dos jovens terem poucas aptidões culinárias, levando-os a ter um maior CAFC. Num estudo no qual foram examinados os hábitos alimentares em pessoas com idades entre os 18 e os 24 anos, 18,3% das mulheres jovens e 23,2% dos homens jovens relataram terem poucas capacidades para a confeção, estando estas associadas à realização de escolhas alimentares informadas, nomeadamente acerca da qualidade nutricional dos alimentos.⁽⁴⁷⁾ Num outro estudo em adolescentes, quase um em cada dez não sabiam cozinhar, em que os hábitos de cozinhar foram positivamente relacionados com a adesão ao PAM, reforçando a ideia de que o ensino de aptidões de cozinha pode ter um impacto positivo na escolha de alimentos no futuro.⁽⁴⁸⁾ Uma outra possível explicação, principalmente para os estudantes, será um hipotético menor controlo parental e uma maior disponibilidade financeira (facilitada pelos pais). A entrada na universidade é um momento de maior responsabilidade nas escolhas e práticas alimentares. Uma das principais preocupações é o padrão de consumo alimentar e os riscos nutricionais associados aos estudantes universitários. Assim, as universidades podem contribuir significativamente na promoção de hábitos alimentares saudáveis, podendo funcionar como um meio para influenciar, positivamente, os hábitos alimentares dos indivíduos, permitindo alcançar um grande número de adultos de diferentes faixas etárias e grupos socioeconómicos.^(49, 50)

Neste estudo, pode-se verificar que 63,4% dos indivíduos apresentaram uma ótima adesão ao PAM, 34,9% obtiveram uma adesão média e 1,7% uma baixa adesão a este padrão alimentar.

Evidências epidemiológicas têm apoiado a existência de efeitos benéficos no maior consumo de hortofrutícolas, cereais inteiros, peixes, ingestão moderada de

álcool, bem como a prática regular e diária de atividade física. Estudos indicam que mais de 80% dos casos de doença cardíaca coronária, 70% de AVC e 90% de diabetes mellitus tipo 2 poderiam ser evitados através de escolhas alimentares saudáveis que são consistentes com a AM.⁽⁵¹⁾

A AM é considerada como um modelo de alimentação saudável, promotor de saúde, de longevidade, de qualidade de vida e de menores taxas de doenças crónicas e de fatores de risco cardiovascular. Isto deve-se ao facto da relação que apresenta entre ácidos gordos monoinsaturados e ácidos gordos saturados, à ingestão elevada de fibra, vitaminas e antioxidantes, e ao consumo reduzido de proteína animal e de sal. No entanto, tem-se verificado um processo de ocidentalização dos hábitos alimentares, devendo ser tomadas medidas e ações de política nutricional para contrariar esta tendência e evitar as suas eventuais consequências negativas para a saúde. Também é crucial encontrar formas de promover e preservar a AM.^(18, 33, 52, 53)

Neste estudo foi encontrada uma associação negativa muito fraca, mas estatisticamente significativa, entre o CAFC e a adesão ao PAM, mostrando que quanto menor o CAFC, maior a adesão ao PAM. O PAM é, em grande parte, preservado quando as refeições são consumidas em casa.⁽¹⁸⁾

A indústria alimentar pode desempenhar um papel significativo na promoção de práticas alimentares saudáveis através, por exemplo, da redução do teor de gordura, açúcar e sal nos alimentos processados, garantindo escolhas, nutricionalmente, mais saudáveis e acessíveis a todos os consumidores.⁽⁴⁵⁾

Ao setor da restauração cabe um papel relevante, levando a necessidades e responsabilidades acrescidas dos operadores económicos do setor, de modo a que possam contribuir com ofertas alimentares saudáveis, disponibilizadas aos

consumidores em forma de produtos e serviços, a par de medidas que se inscrevam nos seus programas empresariais e de responsabilidade social.⁽⁵⁴⁾

Investigação atual reforça a importância do conhecimento do impacto real do CAFC na qualidade da alimentação, imprescindível à avaliação da eficácia das medidas políticas propostas para a melhoria da qualidade da alimentação.⁽³⁷⁾

A relevância deste estudo prende-se com o facto de tratar um assunto pouco estudado, tanto a nível nacional como europeu, mas com cada vez mais impacto na alimentação diária. No entanto, o facto de haver pouca informação sobre CAFC pode ser também apontado como uma limitação, na medida em que dificulta a comparação e discussão dos resultados obtidos. A utilização de um método rápido de avaliação da adesão ao PAM e do CAFC, pode ter a vantagem de permitir avaliar um grande número de indivíduos num curto espaço de tempo, mas é redutor quanto à informação recolhida, impossibilitando uma avaliação mais pormenorizada do que é consumido dentro e fora de casa. Os dias em que os questionários foram aplicados poderão ter enviesado os resultados, pois estes podem variar consoante o dia da semana e a época do ano em que é aplicado. Também, o facto de os valores de peso e altura terem sido auto-reportados e não medidos, poderá ter levado a viés nos resultados.

Em suma, cada indivíduo fazia em média cerca de 9 refeições fora de casa por semana. Face às associações encontradas entre o CAFC e a idade, o grau de escolaridade e o PAM, julga-se haver necessidade de uma intervenção dirigida, essencialmente à população mais jovem, ao nível das opções oferecidas e das escolhas alimentares realizadas fora de casa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Craveiro C, Cunha S. Publicidade e Alimentação: mistura explosiva. *Nutricias*. Porto: Associação Portuguesa de Nutricionistas; 2007. 58-61.
2. Nielsen S, Siega-Riz A, Popkin B. Trends in food location and sources among adolescents and young adults. *Prev Med*. 2002; 35(2):107-13.
3. Nielsen S PBM. Patterns and trends in food portion sizes, 1977-1998. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2003; 289(4):450-53.
4. Siwik VP, Senf JH. Food cravings, ethnicity and other factors related to eating out. *J Am Coll Nutr*. 2006; 25(5):382-8.
5. Ayala GX, Rogers M, Arredondo EM, Campbell NR, Baquero B, Duerksen SC, et al. Away-from-home Food Intake and Risk for Obesity: Examining the Influence of Context. *Obesity*. 2008; 16(5):1002-08.
6. Orfanos P, Naska A, Trichopoulos D, Slimani N, Ferrari P, van Bakel M, et al. Eating out of home and its correlates in 10 European countries. The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *Public health nutrition*. 2007; 10(12):1515-25.
7. Vandevijvere S, Lachat C, Kolsteren P, van Oyen H. Eating out of home in Belgium: current situation and policy implications. *Br J Nutr*. 2009; 102:921-28.
8. Ledikwe J, Ello-Martin J, Rolls B. Portion Sizes and the Obesity Epidemic. *The Journal of Nutrition*. 2005; 135:905-09.
9. McCrory M, Suen V, Roberts S. Biobehavioral influences on energy intake and adult weight gain. *J Nutr*. 2002; 132(12):3830S-34S.
10. Beydoun MA, Powell LM, Wang Y. Reduced away-from-home food expenditure and better nutrition knowledge and belief can improve quality of dietary intake among US adults [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Public health nutrition*. 2009; 12(3):369-81.
11. Bezerra I, Curioni C, Sichieri R. Association between eating out of home and body weight. *Nutr Rev*. 2012; 70(2):65-79.
12. Lachat C, Nago E, Verstraeten R, Roberfroid D, Van Camp J, Kolsteren P. Eating out of home and its association with dietary intake: a systematic review of the evidence. *Obesity reviews*. 2012; 13(4):329-46.

13. Ries C, Kline K, Weaver S. Impact of commercial eating on nutrient adequacy. *J Am Diet Assoc.* 1987; 87(4):463-8.
14. Bowman S, Gortmaker S, Ebbeling C, Pereira M, Ludwig D. Effects of Fast-Food Consumption on Energy Intake and Diet Quality Among Children in a National Household Survey. *Pediatrics.* 2004; 113:112.
15. Paeratakul S, Ferdinand D, Champagne C, Ryan D, Bray G. Fast-food consumption among US adults and children: dietary and nutrient intake profile. *J Am Diet Assoc.* 2003; 103(10):1332-8.
16. Binkley J. Calorie and Gram Differences between Meals at Fast Food and Table Service Restaurants. *Review of Agricultural Economics.* 2008 30(4):750-63.
17. Lachat C, Roberfroid D, Huybregts L, Van Camp J, Kolsteren P. Incorporating the catering sector in nutrition policies of WHO European Region: is there a good recipe? *Public health nutrition.* 2008; 12(3):316-24.
18. Bes-Rastrollo M, Basterra-Gortari F, Sánchez-Villegas A, Marti A, Martínez J, Martínez-González M. A prospective study of eating away-from-home meals and weight gain in a Mediterranean population: the SUN (Seguimiento Universidad de Navarra) cohort. *Public health nutrition.* 2009; 13(9):1356-63.
19. Estatística INd. O INE divulga resultados provisórios do Inquérito às Despesas das Famílias 2010/2011. 2011 [citado em: 04/06/2012]. Disponível em: www.ine.pt.
20. Orfanos P, Naska A, Gedrich K. Current and Optimal Out-of-home Dietary Patterns of European Consumers - HECTOR. Department of Hygiene and Epidemiology-University of Athens, Medical School. 2009
21. Marques H. O sector alimentar e a caracterização do consumo alimentar fora de casa - Portugal: 1990-2000. Porto: Universidade do Porto; 2009.
22. Guthrie J, Lin B, Frazao E. Role of food prepared away from home in the American diet, 1977-78 versus 1994-96: changes and consequences. *Nutr Educ Behav.* 2002; 34(3):140-50.
23. Bezerra I, Sichieri R. Características e gastos com alimentação fora do domicílio no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2010; 44(2):221-9.
24. Burke S, McCarthy S, O'Neill J, Hannon E, Kiely M, Flynn A, et al. An examination of the influence of eating location on the diets of Irish children. *Public health nutrition.* 2007; 10(6):599-607.

25. Orfanos P, Naska A, Trichopoulou A, Grioni S, Boer JMA, van Bakel MME, et al. Eating out of home: energy, macro- and micronutrient intakes in 10 European countries. The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Eur J Clin Nutr.* 2009; 63(S4):S239-S62.
26. Mitrou P, Kipnis V, Thiébaud A, Reedy J, Subar A, Wirfält E, et al. Mediterranean dietary pattern and prediction of all-cause mortality in a US population. *Archives Internal Medicine.* 2007; 167(22):2461-68.
27. Romaguera D, Norat T, Vergnaud A, Mouw T, May A, Agudo A, et al. Mediterranean dietary patterns and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA project. *The American Journal of Clinical Nutrition.* 2010; 92:912-21.
28. Durão C, Oliveira J, de Almeida M. Portugal e o Padrão Alimentar Mediterrânico. *Alimentação Humana.* 2008; 14(3)
29. Peres E. Prodigiosa Alimentação Mediterrânica. *Revista de Alimentação Humana.* 1996. 5-7.
30. Sofi F, Abbate R, Gensini G, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition.* 2010; 92:1189-96.
31. Serra-Majem L, Trichopoulou A, Cruz J, Cervera P, Alvarez A, Vecchia C, et al. Does the definition of the Mediterranean diet need to be updated? *Public health nutrition.* 2004; 7(7):927-9.
32. Martínez-González M, de la Fuente-Arrillaga C, Nunez-Cordoba J, Basterra-Gortari F, Beunza J, Vazquez Z, et al. Adherence to Mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort study. *BMJ.* 2008; 336(7657):1348-51.
33. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini G, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ.* 2008; 337:a1344.
34. Babio N, Bulló M, Salas-Salvadó J. Mediterranean diet and metabolic syndrome: the evidence. *Public Health of Nutrition.* 2009; 12(9A):1607-17.
35. Martínez-González M, Fernández-Jarne E, Serrano-Martínez M, Martí A, Martínez J, Martín-Moreno J. Mediterranean diet and reduction in the risk of a first acute myocardial infarction: an operational healthy dietary score. *Eur J Nutr.* 2002; 41(4):153-60.

36. Barros R, Moreira A, Fonseca J, Ferraz de Oliveira J, Delgado L, Castel-Branco MG, et al. Adherence to the Mediterranean diet and fresh fruit intake are associated with improved asthma control. *Allergy*. 2008; 63:917-23.
37. Jabs J, Devine C. Time scarcity and food choices: an overview. *Appetite*. 2006; 47(2):196-204.
38. Away-from-home foods: final report released by the keystone forum. *Health Care Food Nutr Focus*. 2006; 23(9):10-12.
39. Bonaccio M, Iacoviello L, de Gaetano G. The Mediterranean diet: the reasons for a success. *Thromb Res*. 2012; 129(3):401-4.
40. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega R, García A, Pérez-Rodrigo C, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public health nutrition*. 2004; 7(7):931-35.
41. Naska A. Report on the construction and feasibility testing of the HECTOR Eating Out Data Collection Questionnaire. 2006. [citado em: 20/06/2012]. Disponível em: <http://www.nut.uoa.gr/hector/PublicDocs/D2.6%20HECTOR%20EO%20questionnaire.pdf>.
42. Quetelet A. *Physique sociale ou essai sur le développement des facultés de l'homme*. Muquardt. Brussels, Belgium; 1869.
43. Organization WH. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser*; 2000. 1-253.
44. INE, INSA. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. 2009 [citado em: 20/07/2012]. Disponível em: www.ine.pt.
45. WHO. Obesity and overweight. 2012. [citado em: 04/06/2012]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
46. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases [Technical Report]. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2003; 916:i-viii, 1-149, backcover.
47. Engler-Stringer R. Food, Cooking Skills, and Health: A Literature Review. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 2010; 71(3):141-45.
48. Leal F, Oliveira B, Rodrigues S. Relationship between cooking habits and skills and Mediterranean diet in a sample of Portuguese adolescents. *Perspectives in public health*. 2011; 131(6)

49. Yahia N, Achkar A, Abdallah A, Rizk S. Eating habits and obesity among Lebanese university students. *Nutrition journal*. 2008; 7:32.
50. Ansari W, Stock C, Mikolajczyk R. Relationships between food consumption and living arrangements among university students in four European countries - A cross-sectional study. *Nutrition journal*. 2012; 11:28.
51. Willett W. The Mediterranean diet: science and practice. *Public health nutrition*. 2006; 9(1A):105-10.
52. Silva R, Bach-Faig A, Quintana B, Buckland G, de Almeida M, Serra-Majem L. Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961-1965 and 2000-2003. *Public health nutrition*. 2009; 12(9A):1676-84.
53. Vareiro D, Bach-Faig A, Quintana B, Bertomeu I, Buckland G, de Almeida M, et al. Availability of Mediterranean and non-Mediterranean foods during the last four decades: comparison of several geographical areas. *Public health nutrition*. 2009; 12(9A):1667-75.
54. Lachat C, Naska A, Trichopoulou A, Engeset D, Fairgrieve A, Marques H, et al. Essential actions for caterers to promote healthy eating out among european consumers. *European journal of public health*. 2009

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS INDIVÍDUOS

Muito obrigado

por nos dispensar 5 a 10 minutos do seu tempo!

Parte A

Questionário Kidmed – hábitos alimentares globais

Pense por favor nos seus hábitos alimentares e classifique as seguintes afirmações em verdadeiras (V) ou falsas (F):

1. ____ Como pelo menos uma peça de fruta ou bebo um sumo de fruta todos os dias.
2. ____ Como uma segunda peça de fruta todos os dias.
3. ____ Como vegetais crus (alface, tomate...) ou cozinhados (brócolos, couve ...) uma vez por dia de forma regular.
4. ____ Como vegetais crus ou cozinhados mais do que uma vez por dia.
5. ____ Consumo peixe regularmente (pelo menos 2 a 3 vezes por semana).
6. ____ Vou mais do que uma vez por semana a um restaurante de *fast-food*.
7. ____ Gosto de leguminosas (feijão, grão, ervilhas...) e consumo-as mais do que uma vez por semana.
8. ____ Como massa ou arroz quase todos os dias (5 ou mais vezes por semana).
9. ____ Como cereais e derivados (pão, cereais de pequeno-almoço...) ao pequeno-almoço.
10. ____ Consumo frutos secos (nozes, avelãs ...) regularmente (pelo menos 2 a 3 vezes por semana).
11. ____ Utilizo azeite em casa.
12. ____ Habitualmente não tomo o pequeno-almoço.
13. ____ Como um produto lácteo (iogurte, leite...) ao pequeno-almoço.
14. ____ Como produtos de pastelaria/confeitaria ao pequeno-almoço.
15. ____ Consumo diariamente 2 iogurtes e/ou uma fatia de queijo (40g).
16. ____ Como doces e guloseimas várias vezes ao dia.

ID do participante

(a preencher pelo investigador)

Parte B

Questionário HECTOR – hábitos alimentares fora de casa

Nas questões que se seguem, queremos que pense nos alimentos e bebidas que consome, mas cuja preparação não tenha sido realizada em sua casa. Isto pode incluir refeições, *snacks* e bebidas que:

- consuma num determinado estabelecimento (por exemplo: um restaurante, bar, cinema, clube, etc.);
- compre fora e consuma em casa, no seu trabalho, num *picnic*, etc. (serviço de "take away");
- compre por conveniência (por exemplo: em máquinas de venda automática, pastelarias, bombas de gasolina, quiosques, tabacarias, etc.);
- sejam entregues ao domicílio, no trabalho ou noutro local particular;
- sejam servidos sem cariz comercial, como "copo-de-água", festas ou outro evento social;
- consuma em casa de outra pessoa (por exemplo: família e amigos);

Assim, algo que tenha sido **preparado em casa** (por exemplo, uma sanduiche) ou **trazido de casa** (por exemplo, uma maçã) e **comido fora de casa** (por exemplo, no trabalho) **não está incluído**.

1. Tendo esta informação em conta, comece por pensar no que **geralmente costuma fazer**.
- 1a. Com que frequência diria que **come refeições e "snacks"** que não foram preparados em sua casa, nas seguintes ocasiões? (na tabela seguinte, em cada linha, assinale com uma cruz a opção que mais se adequa)

Frequência de consumo	Todos ou quase todos os dias	Algumas (2-4 vezes) vezes por semana	Uma vez por semana	Poucas (2-3 vezes) vezes por mês	Uma vez por mês ou menos	Nunca como fora	Não sei Não se aplica
Refeições/ Snacks							
Pequeno-Almoço							
Almoço							
Jantar							
Lanche a meio da manhã							
Lanche a meio da tarde							
Ceia							
Outras refeições							

- 1b. E com que frequência diria que **consome as seguintes bebidas** que não foram trazidas de casa? (na tabela seguinte, em cada linha, assinale com uma cruz a opção que mais se adequa)

Frequência de consumo	Todos ou quase todos os dias	Algumas (2-4 vezes) vezes por semana	Uma vez por semana	Poucas (2-3 vezes) vezes por mês	Uma vez por mês ou menos	Nunca como fora	Não sei Não se aplica
Bebidas							
Bebidas quentes (café, chá, chocolate)							
Refrigerantes							
Sumos de fruta e/ou hortícolas							
Água							
Outras bebidas não alcoólicas (ex. bebidas energéticas, iogurtes líquidos)							
Bebidas alcoólicas							

2a. No último mês, tomou um **PEQUENO-ALMOÇO** que não tenha sido preparado em casa? (assinale uma das opções seguintes)

Sim ☐ |
Não ☐ | (neste caso, passe por favor à questão 3a)
Não sei ☐ | (neste caso, passe por favor à questão 3a)

2b. Da última vez que tomou o **PEQUENO-ALMOÇO** não preparado em casa, que dia da semana era? (assinale uma das opções seguintes)

Dia de fim-de-semana ☐ |
Dia de semana ☐ |
Não me recordo ☐ |

2c. Onde adquiriu o **PEQUENO-ALMOÇO** nessa última ocasião? (assinale uma das opções seguintes)

☐ Trabalho/escola/cantina
☐ Restaurante de fast-food
☐ "Take-away"/entrega ao domicílio
☐ Outros restaurantes/hotel
☐ Café/bar
☐ Vendedor de rua/quiosque
☐ Supermercado/centro comercial
☐ Casa de sandes/pastelaria
☐ Casa de amigos/família
☐ Bomba de gasolina
☐ Máquinas de venda automática
☐ Outros (especifique): _____

2d. Qual foi a razão que o levou a tomar o **PEQUENO-ALMOÇO** não preparado em casa nessa ocasião em particular? (assinale todas as respostas que se adequem)

1. ☐ Prazer/recompensa/divertido
2. ☐ Maior variedade de escolhas comparadas com as de casa
3. ☐ Razões de saúde
4. ☐ Não gostar ou ter dificuldade em cozinhar
5. ☐ Faz parte do trabalho/horário escolar/rotina
6. ☐ Ser mais fácil/mais conveniente
7. ☐ Rotina diária
8. ☐ Preferência/gosto por a comida daquele local/desejo por essa comida
9. ☐ Por razões sociais/encontro com amigos/familiares
10. ☐ Possibilita a realização da refeição a caminho de determinado local
11. ☐ Refeição feita em viagem / fora de casa
12. ☐ Outra (especifique): _____

3a. No último mês, **ALMOÇOU** uma refeição que não tenha sido preparada em casa? (assinale uma das opções seguintes)

Sim ☐ |
Não ☐ | (neste caso, passe por favor à questão 4a)
Não sei ☐ | (neste caso, passe por favor à questão 4a)

3b. Da última vez que **ALMOÇOU** uma refeição que não tenha sido preparada em casa, que dia da semana era? (assinale uma das opções seguintes)

Dia de fim-de-semana ☐ |
Dia de semana ☐ |
Não me recordo ☐ |

3

3c. Onde obteve o **ALMOÇO** nessa última ocasião? (assinale uma das opções seguintes)

- ☐ | Trabalho/escola/cantina
☐ | Restaurante de fast-food
☐ | "Take-away"/entrega ao domicílio
☐ | Outros restaurantes/hotel
☐ | Café/bar
☐ | Vendedor de rua/quiosque
☐ | Supermercado/centro comercial
☐ | Casa de sandes/pastelaria
☐ | Casa de amigos/família
☐ | Bomba de gasolina
☐ | Máquinas de venda automática
☐ | Outros (especifique): _____

3d. Qual foi a **razão** que o levou a tomar o **ALMOÇO não preparado em casa** nessa ocasião em particular? (assinale todas as respostas que se adequem)

1. ☐ | Prazer/recompensa/divertido
 2. ☐ | Maior variedade de escolhas comparadas com as de casa
 3. ☐ | Razões de saúde
 4. ☐ | Não gostar ou ter dificuldade em cozinhar
 5. ☐ | Faz parte do trabalho/horário escolar/rotina
 6. ☐ | Ser mais fácil/mais conveniente
 7. ☐ | Rotina diária
 8. ☐ | Preferência/gosto pela comida daquele local/desejo por essa comida
 9. ☐ | Por razões sociais/encontro com amigos/familiares
 10. ☐ | Possibilita a realização da refeição a caminho de determinado local
 11. ☐ | Refeição feita em viagem / fora de casa
 12. ☐ | Outra (especifique): _____

4a. No último mês, **JANTOU** uma refeição que **não tenha sido preparada em casa**? (assinale uma das opções seguintes)

- Sim ☐ |
 Não ☐ | (neste caso, passe por favor à questão 5a)
 Não sei ☐ | (neste caso, passe por favor à questão 5a)

4b. Da **última vez que JANTOU** uma refeição que **não tenha sido preparada em casa**, que **dia da semana** era? (assinale uma das opções seguintes)

- Dia de fim-de-semana ☐ |
 Dia de semana ☐ |
 Não me recordo ☐ |

4c. Onde obteve o **JANTAR** nessa última ocasião? (assinale uma das opções seguintes)

- ☐ | Trabalho/escola/cantina
☐ | Restaurante de fast-food
☐ | "Take-away"/entrega ao domicílio
☐ | Outros restaurantes/hotel
☐ | Café/bar
☐ | Vendedor de rua/quiosque
☐ | Supermercado/centro comercial
☐ | Casa de sandes/pastelaria
☐ | Casa de amigos/família
☐ | Bomba de gasolina
☐ | Máquinas de venda automática
☐ | Outros (especifique): _____

4d. Qual foi a **razão** que o levou a tomar o **JANTAR não preparado em casa** nessa ocasião em particular? (assinale todas as opções que se adequem)

1. ☐ | Prazer/recompensa/divertido
2. ☐ | Maior variedade de escolhas comparadas com as de casa
3. ☐ | Razões de saúde
4. ☐ | Não gostar ou ter dificuldade em cozinhar
5. ☐ | Faz parte do trabalho/horário escolar/rotina
6. ☐ | Ser mais fácil/mais conveniente
7. ☐ | Rotina diária
8. ☐ | Preferência/gosto pela comida daquele local/desejo por essa comida
9. ☐ | Por razões sociais/encontro com amigos/familiares
10. ☐ | Possibilita a realização da refeição a caminho de determinado local
11. ☐ | Refeição feita em viagem / fora de casa
12. ☐ | Outra (especifique): _____

5a. No último mês, realizou alguma **outra refeição que não tenha sido preparada em casa**? (assinale uma das opções seguintes)

Sim ☐ |
 Não ☐ | (neste caso, passe por favor à questão 6a)
 Não sei ☐ | (neste caso, passe por favor à questão 6a)

5b. Da **última vez** que fez uma destas outras refeições que **não tenha sido preparada em casa**, que **dia da semana** era? (assinale uma das opções seguintes)

Dia de fim-de-semana ☐ |
 Dia de semana ☐ |
 Não me recordo ☐ |

5c. Onde obteve essa **outra refeição** nessa última ocasião? (assinale uma das opções seguintes)

- ☐ | Trabalho/escola/cantina
- ☐ | Restaurante de fast-food
- ☐ | "Take-away"/entrega ao domicílio
- ☐ | Outros restaurantes/hotel
- ☐ | Café/bar
- ☐ | Vendedor de rua/quiosque
- ☐ | Supermercado/centro comercial
- ☐ | Casa de sandes/pastelaria
- ☐ | Casa de amigos/família
- ☐ | Bomba de gasolín
- ☐ | Máquinas de venda automática
- ☐ | Outros (especifique): _____

5d. Qual foi a **razão** que o levou a tomar essa **outra refeição não preparada em casa** nessa ocasião em particular? (assinale todas as opções que se adequem)

1. ☐ | Prazer/recompensa/divertido
2. ☐ | Maior variedade de escolhas comparadas com as de casa
3. ☐ | Razões de saúde
4. ☐ | Não gostar ou ter dificuldade em cozinhar
5. ☐ | Faz parte do trabalho/horário escolar/rotina
6. ☐ | Ser mais fácil/mais conveniente
7. ☐ | Rotina diária
8. ☐ | Preferência/gosto por comida daquele local/desejo por essa comida
9. ☐ | Por razões sociais/encontro com amigos/familiares
10. ☐ | Possibilita a realização da refeição a caminho de determinado local
11. ☐ | Refeição feita em viagem / fora de casa
12. ☐ | Outra (especifique): _____

6a. Comparando com há um ano atrás, diria que come fora de casa mais, menos ou igual número de vezes? (assinale uma das opções seguintes)

Mais ☐ | neste caso, passe por favor à questão 6b.
 Menos ☐ | neste caso, passe por favor à questão 6c.
 Aproximadamente igual ☐ |
 Não sei ☐ |

6b. Caso a resposta à pergunta 6a. tenha sido "Mais", explique porquê.
 (assinale todas as opções que se adequem)

1. ☐ Mais / menos dinheiro do salário disponível
2. ☐ Mais conveniente/Menos tempo disponível/
mais tempo passado a trabalhar
3. ☐ Por prazer de comer fora/ experimentar novos estabelecimentos
4. ☐ Mais escolha
5. ☐ Razões sociais
6. ☐ Razões de saúde
7. ☐ Outras razões (especifique): _____

6c.. Caso a resposta à pergunta 6a. tenha sido "Menos", explique porquê.
 (assinale todas as opções que se adequem)

1. ☐ Mais / menos dinheiro do salário disponível
2. ☐ Mais conveniente/Menos tempo disponível/
mais tempo passado a trabalhar
3. ☐ Por prazer/ experimentar novos estabelecimentos
4. ☐ Mais escolha
5. ☐ Razões sociais
6. ☐ Razões de saúde
7. ☐ Outras razões (especifique): _____

Parte C

Para finalizar, gostávamos que sobre si nos dissesse:

1. Qual a sua idade? anos
2. De que sexo é? ☐ Feminino ☐ Masculino
3. Qual a sua altura? cm Não sei ☐
4. Qual o seu peso? Kg Não sei ☐
5. Qual o grau de escolaridade mais elevado que completou até agora?
☐ 4º ano ☐ Bacharelato/Licenciatura
☐ 5º -9º ano ☐ Mestrado/Doutoramento
☐ 10º-12º ano ☐ Outro (especifique): _____
6. Qual a sua ocupação actual?
☐ Profissional da área de saúde (especifique): _____
☐ Profissional de outra área (especifique): _____
☐ Estudante da área de saúde (especifique): _____
☐ Estudante de outra área (especifique): _____
☐ Outra (especifique): _____

7. Com quem habita?

- ☐ Sozinho
☐ Com amigos
☐ Com a família

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO 2 – TABELAS DE RESULTADOS

➤ CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS

Tabela 1 – Dados antropométricos.

Adultos (N=232)	Média ± dp	Amplitude [min;máx]
Peso (kg)	61,9 ± 12,3	[43,0;167,2]
Altura (cm)	164,9 ± 6,4	[145,0;187,0]
IMC (kg/m²)	22,7 ± 4,2	[17,0;57,9]

➤ CONSUMO ALIMENTAR FORA DE CASA PARA BEBIDAS

Tabela 2 – Frequências de consumo alimentar fora de casa para bebidas.

Frequências Bebidas	Todos ou quase todos os dias	Algumas vezes (2-4) por semana	Uma vez por semana	Poucas vezes (2-3) por mês	Uma vez por mês ou menos	Nunca como fora
Bebidas quentes	49,8% N=114	21,8% N=50	6,6% N=15	7,0% N=16	10,0% N=23	4,8% N=11
Refrigerantes	3,3% N=7	12,0% N=25	17,7% N=37	20,1% N=42	28,7% N=60	18,2% N=38
Sumos de fruta e/ou hortícolas	5,8% N=13	16,6% N=37	13,5% N=30	20,6% N=46	29,6% N=66	13,9% N=31
Água	51,3% N=118	21,7% N=50	7,0% N=16	7,8% N=18	5,7% N=13	6,5% N=15
Outras bebidas não alcoólicas	9,3% N=20	13,0% N=28	10,2% N=22	11,1% N=24	19,0% N=41	37,5% N=81
Bebidas alcoólicas	0,5% N=1	7,0% N=14	17,1% N=34	24,6% N=49	35,7% N=71	15,1% N=30

➤ **LOCAIS E RAZÕES DO CONSUMO ALIMENTAR FORA DE CASA**

Tabela 3 – Locais de aquisição das refeições consumidas fora de casa.

	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar	Outras Refeições
Trabalho/Escola/Cantina	N=23 9,9%	N=73 31,5%	N=6 2,6%	N=22 9,5%
Restaurante fast-food	N=1 0,4%	N=20 9,2%	N=19 8,2%	N=3 1,3%
“Take-away”/Entrega ao domicílio	N=0 0%	N=4 1,8%	N=8 3,4%	N=2 0,9%
Outros Restaurantes/Hotel	N=20 8,6%	N=86 39,4%	N=118 50,9%	N=12 5,2%
Café/Bar	N=46 19,8%	N=14 6,4%	N=0 0%	N=38 16,4%
Vendedor de rua/Quiosque	N=0 0%	N=0 0%	N=0 0%	N=2 0,9%
Supermercado/Centro comercial	N=0 0%	N=9 4,1%	N=9 3,9%	N=4 1,7%
Casa de Sandes/Pastelaria	N=9 3,9%	N=4 1,8%	N=3 1,3%	N=7 3,0%
Casa de Amigos/Família	N=3 1,3%	N=3 1,4%	N=19 8,2%	N=4 1,7%
Bomba de Gasolina	N=1 0,4%	N=0 0%	N=0 0%	N=0 0%
Máquinas de Venda Automática	N=1 0,4%	N=0 0%	N=0 0%	N=1 0,4%
Outros	N=2 0,9%	N=5 2,3%	N=0 0%	N=4 1,7%
Total	N=106 45,7%	N=218 94%	N=182 78,4%	N=99 42,7%

Tabela 4 – Razões para a aquisição das refeições fora de casa.

	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar	Outras Refeições
Prazer/Recompensa/Divertido	N=11 4,7%	N=16 6,9%	N=54 23,3%	N=14 6,0%
Maior variedade de escolhas	N=5 2,2%	N=4 1,7%	N=3 1,3%	N=1 0,4%
Razões de saúde	N=2 0,9%	N=0 0%	N=0 0%	N=0 0%
Não gostar ou ter dificuldade em cozinhar	N=0 0%	N=3 1,3%	N=1 0,4%	N=0 0%
Fazer parte do trabalho/Horário escolar/Rotina	N=11 4,7%	N=106 45,7%	N=7 3,0%	N=29 12,5%
Ser mais fácil/Mais conveniente	N=24 10,3%	N=37 15,9%	N=18 7,8%	N=22 9,5%
Rotina diária	N=4 1,7%	N=20 8,6%	N=1 0,4%	N=8 3,4%
Preferência/Gosto por a comida daquele local/Desejo por essa comida	N=3 1,3%	N=7 3,0%	N=20 8,6%	N=5 2,2%
Por razões sociais/Encontro com amigos/Familiares	N=19 8,2%	N=28 12,1%	N=90 38,8%	N=25 10,8%
Possibilita a realização da refeição a caminho de determinado local	N=3 1,3%	N=5 2,2%	N=2 0,9%	N=9 3,9%
Refeição feita em viagem/Fora de casa	N=26 11,2%	N=34 14,7%	N=29 12,5%	N=14 6,0%
Outra Razão	N=22 9,5%	N=17 7,3%	N=4 1,7%	N=6 2,6%

➤ **CONSUMO ALIMENTAR FORA DE CASA EM COMPARAÇÃO COM O ANO ANTERIOR**

Tabela 5 – Razões para haver um maior CAFC em comparação com o ano anterior.

Maior CAFC	Frequência	Percentagem
Mais/Menos dinheiro do salário disponível	5	2,2
Mais conveniente/Menos tempo disponível/Mais tempo passado a trabalhar	36	15,5
Por prazer de comer fora/Experimentar novos estabelecimentos	5	2,2
Mais escolha	1	0,4
Razões sociais	12	5,2
Razões de saúde	0	0
Outras razões	10	4,3

Tabela 6 – Razões para haver um menor CAFC em comparação com o ano anterior.

Menor CAFC	Frequência	Percentagem
Mais/Menos dinheiro do salário disponível	27	11,6
Mais conveniente/Menos tempo disponível/Mais tempo passado a trabalhar	30	12,9
Por prazer de comer fora/Experimentar novos estabelecimentos	1	0,4
Mais escolha	2	0,9
Razões sociais	10	4,3
Razões de saúde	9	3,9
Outras razões	14	6,0